УДК 159.9:618.4-051-055.26
DOI https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.3.12

Малєєва К. А.
аспірантка
Харківського національного університету внутрішніх справ,
старший викладач кафедри медичної психології
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна,
керівниця сімейного центру MADONNA
ORCID: 0009-0004-5422-7099

АВТОРСЬКА РЕСУРСОЦЕНТРОВАНА МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ПОЛОГІВ: СТРУКТУРА ТА РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ

AUTHOR'S RESOURCE-CENTERED MODEL OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR WOMEN DURING CHILDBIRTH: STRUCTURE AND APPROBATION RESULTS

Актуальність дослідження зумовлена відсутністю у вітчизняній перинатальній практиці цілісної моделі професійного психологічного супроводу жінок під час пологів, інтегрованої в діяльність мультидисциплінарної акушерської команди. У статті представлено авторську модель, розроблену в межах ресурсоцентрованого підходу на основі багаторічного практичного досвіду, описано її структуру, функціональні компоненти та результати апробації.

Модель побудована відповідно до послідовності акушерських періодів та охоплює чотири взаємопов'язані етапи професійного психологічного супроводу, кожен із яких передбачає визначені функціональні компоненти, завдання та психологічні інтервенції. Модель також містить алгоритм психологічної підтримки жінки в ургентних ситуаціях пологового процесу та відображає зміну функціональних ролей психолога відповідно до перебігу пологів. Визначено, що за спрямованістю супровід є ресурсоцентрованим, оскільки актуалізує внутрішній потенціал роділлі, а за структурою забезпечує можливість інтеграції психолога до складу акушерської команди.

Результати апробації моделі засвідчили її високу практичну цінність. За результатами анкетування жінки відзначали, що безперервний психологічний супровід сприяв формуванню відчуття безпеки, довіри та психологічної захищеності, а також полегшував комунікацію з медичним персоналом. Доцільність запропонованої моделі підтвердили також позитивні оцінки представників мультидисциплінарної акушерської команди, які відзначили позитивний вплив психологічного супроводу на емоційний стан жінки, якість взаємодії з нею та організацію допомоги під час пологів.

Запропонована модель може слугувати організаційно-методичною основою для впровадження професійного ресурсоцентрованого психологічного супроводу жінок під час пологів у сучасних закладах охорони здоров'я України.

Ключові слова: перинатальна психологія, ресурсоцентрований підхід, професійний психологічний супровід, фізіологічні пологи, психологічна безпека роділлі, мультидисциплінарна акушерська команда.

The relevance of the study is determined by the lack of a comprehensive model of professional psychological support for women during childbirth in Ukrainian perinatal practice that is integrated into the activities of a multidisciplinary obstetric team. The article presents an original model developed within a resource-centered approach based on extensive practical experience, describes its structure and functional components, and presents the results of its implementation.

The model is structured according to the sequence of obstetric stages and comprises four interrelated stages of professional psychological support, each of which includes defined functional components, tasks, and psychological interventions. The model also contains an algorithm for providing psychological support to women in urgent situations during childbirth and reflects changes in the functional roles of the psychologist according to the course of labor. It is determined that the support is resource-centered in its orientation, as it activates the woman's internal potential, while its structure provides an opportunity to integrate the psychologist into the obstetric team.

The results of the model's implementation demonstrated its high practical value. According to the questionnaire results, women reported that continuous psychological support contributed to a sense of safety, trust, and psychological security, as well as facilitating communication with medical staff. The feasibility of the proposed model was also supported by positive assessments from members of the multidisciplinary obstetric team, who noted the positive impact of psychological support on women's emotional state, the quality of interaction with them, and the organization of care during childbirth.

The proposed model can serve as an organizational and methodological basis for implementing professional resource-centered psychological support for women during childbirth in modern healthcare settings in Ukraine.

Key words: perinatal psychology, resource-centered approach, professional psychological support, physiological childbirth, psychological safety of women in labor, multidisciplinary obstetric team.

Постановка проблеми. Актуальність психологічного супроводу жінок під час пологів зумовлена суттєвою трансформацією сучасної вітчизняної системи перинатальної допомоги у напрямі гуманізації та пацієнтоцентричності. Ці зміни актуалізують необхідність професійного забезпечення психологічної підтримки для зменшення негативного впливу стресогенних чинників на ментальне здоров'я

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

матері. У сучасних умовах, коли активно впроваджуються нові стандарти перинатальної допомоги МОЗ України, пологи розглядаються не як сукупність клінічних процедур, а як фундаментальна психоемоційна подія, що суттєво впливає на формування материнської ідентичності та психологічне благополуччя сім'ї.

Посилення суспільного запиту на гуманізовану перинатальну допомогу («м'які пологи»), цифровізація інформаційного простору та інформаційне перевантаження вагітних суперечливими рекомендаціями, а також перехід від моделі медичного патерналізму до партнерської взаємодії, у якій жінка є активною учасницею процесу, зумовлюють потребу у розробці нових сучасних моделей психологічного супроводу жінок під час пологів. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах воєнного стану в Україні: тривалий вплив хронічного стресу та високий ризик ретравматизації вимагають переходу від епізодичної психологічної підтримки до системного професійного супроводу жінки під час пологів. За таких умов особливого значення набувають моделі ресурсоцентрованого психологічного супроводу, які спрямовані не лише на зниження тривоги, а й на збереження, активацію та ефективне використання психологічних ресурсів жінки у процесі пологів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наукові уявлення та практичні доробки щодо психологічної підтримки жінок під час пологів формувалися впродовж кількох десятиліть і були насамперед спрямовані на забезпечення психопрофілактичного знеболювання пологів (Г. Дік-Рід, Ф. Ламаз, І. З. Вельвовський [9]). Сучасні дослідження в галузі перинатальної психології присвячені проблемам психологічної готовності та переживання вагітності й материнства (B. A. Вінс [4], J. Raphael-Leff [14]), феноменології страху пологів та підходам до його психодіагностики (K. Wijma та ін. [15]), партнерської підтримки під час пологів (С. О. Остафійчук та ін. [6], M. A. Bohren та ін. [11]), профілактиці перинатального стресу, психотравматизації та депресивних розладів (І. А. Анчева [1], P. Slade та ін. [14], S. Garnier та ін. [12]), використанню психологічних методів допомоги та самодопомоги (В. В. Баришнікова [3]). Наведені дослідження демонструють консолідовану позицію науковців щодо необхідності психологічного супроводу жінок як під час вагітності, так і під час пологів. Водночас більшість представлених у науковому просторі практичних програм психологічного супроводу стосується насамперед вагітних жінок, що засвідчують праці провідних українських дослідників у галузі перинатальної психології: В. М. Астахова, О. В. Бацилєвої, І. В. Пузь [2], І. В. Пелех [7], Н. О. Губи та ін. [5]. Натомість розробленню та впровадженню програм психологічного супроводу безпосередньо під час пологів у науковому просторі приділено недостатньо уваги.

Нормативно-правове забезпечення психологічної допомоги жінкам під час пологів в Україні останніми роками суттєво оновилося відповідно до принципів гуманізації перинатальної допомоги та пріоритетності охорони психічного здоров'я матері [8]. Сучасні нормативні документи МОЗ України формують правові передумови для психологічної підготовки та підтримки жінок у перинатальному періоді, а також для залучення фахівців із ментального здоров'я до надання перинатальної допомоги, що створює передумови для впровадження професійного психологічного супроводу під час пологів [8; 10]. Це повністю узгоджується із глобальними стратегіями Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо інтеграції охорони ментального здоров'я в систему перинатальних послуг [16].

Отже, аналіз наукових джерел та нормативно-правових актів свідчить, що, попри активний розвиток перинатальної психології та значну увагу дослідників до окремих аспектів психологічної допомоги вагітним жінкам, роділлям та породіллям, питання розроблення цілісної моделі професійного психологічного супроводу жінок під час пологів, інтегрованої в діяльність мультидисциплінарної акушерської команди, залишається недостатньо дослідженим.

Метою статті є презентація ресурсоцентрованої авторської моделі психологічного супроводу жінок під час пологів, висвітлення її структури та результатів апробації.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження застосовано комплекс взаємопов'язаних методів. Теоретична частина ґрунтувалася на аналізі наукової літератури, узагальненні нормативно-правових документів та власного багаторічного досвіду психологічного супроводу жінок під час пологів. Емпіричні методи охоплювали анкетування породіль, які отримували зазначений супровід, а також експертне оцінювання розробленої моделі членами мультидисциплінарної акушерської команди.

Виклад основного матеріалу. Одним із завдань дослідження було з'ясування мотивів, які спонукали вагітних жінок звернутися за професійним психологічним супроводом пологів. За результатами анкетування встановлено, що основними мотивами були:

– потреба у відчутті безпеки під час пологів – 90%;

– потреба в емоційній підтримці – 86%;

– потреба у подоланні тривоги та страхів (в тому числі, токофобії та страху за життя дитини) – 84%;

– потреба у застосуванні немедикаментозних методів знеболювання – 75%;

– потреба у дотриманні індивідуального плану пологів і врахуванні власних побажань – 58%;

– потреба у подоланні негативного попереднього досвіду пологів та формуванні позитивного досвіду – 26%;

– потреба у компенсації дефіциту емоційної підтримки з боку близьких – 22%;

– потреба у захисті від проявів неповажного чи агресивного ставлення під час надання медичної допомоги – 18%;

– потреба в інформаційній підтримці під час пологів – 16%.

Отримані результати свідчать, що провідними мотивами звернення жінок за професійним психо-

логічним супроводом є потреба у відчутті безпеки, емоційній підтримці та зниженні рівня тривоги й страхів. Водночас значущими виявилися запити, пов'язані із реалізацією індивідуального плану пологів, використанням немедикаментозних методів знеболювання, подоланням негативного досвіду попередніх пологів та забезпеченням ефективної комунікації з медичним персоналом**.** Отже, запит на професійний психологічний супровід виходить далеко за межі емоційної підтримки та охоплює широкий спектр психологічних, ресурсних, інформаційних і комунікативних потреб жінки під час пологів.

Відповідно до виявлених потреб жінок у структурі авторської моделі виокремлено чотири основні напрями психологічного супроводу.

– Психологічна стабілізація та ресурсна підтримка. Цей напрям передбачає створення безпечного психологічного простору, емоційне контейнування переживань породіллі, актуалізацію її внутрішніх ресурсів, зниження рівня тривоги та навчання методам саморегуляції й немедикаментозного знеболення.

– Робота з перинатальною травмою та страхами. Завданням психолога є профілактика ретравматизації, опрацювання негативного досвіду попередніх пологів, робота зі специфічними страхами (зокрема токофобією), а також формування позитивного досвіду народження дитини.

– Комунікативний супровід та підтримка суб'єктності жінки. Психолог забезпечує інформаційний супровід, сприяє конструктивній взаємодії породіллі з медичним персоналом, допомагає жінці зберігати активну позицію у прийнятті рішень та допомагає реалізувати індивідуальний план пологів з урахуванням потреб та побажань жінки.

– Підтримка жінки за умов недостатності партнерського ресурсу. Цей напрям включає підготовку партнера до активної участі у пологах, підтримку ефективної комунікації між партнерами та компенсацію ситуацій, коли ресурс партнера є недостатнім.

Отже, авторська модель психологічного супроводу пологів сформована на основі дослідження та аналізу потреб жінок, визначення основних напрямів психологічного супроводу та узагальнення сімнадцятирічного практичного досвіду. Ця модель побудована відповідно до послідовності акушерських періодів [10] і передбачає чотири взаємопов'язані етапи, кожен із яких охоплює функціональні компоненти, що відображають зміну психологічних завдань, психологічних інтервенцій і функціональної ролі психолога відповідно до динаміки пологового процесу та потреб акушерської допомоги**.**

Етап І. Пренатальна підготовка.

Пренатальний етап спрямований на формування психологічної готовності жінки до пологів та її інтеграцію в систему перинатальної допомоги. Він охоплює три взаємопов'язані функціональних компоненти.

А. Базова інформаційна підготовка, що реалізується переважно в межах діяльності «Шкіл відповідального батьківства» при закладах охорони здоров'я. Вона охоплює питання перебігу вагітності, фізіології пологів та післяпологового періоду, сприяючи нівелюванню когнітивних викривлень, формуванню реалістичних очікувань і психологічній адаптації жінки до майбутніх пологів.

Б. *Індивідуальна психологічна підготовка до пологів.*

З метою виявлення прихованих психологічних дефіцитів та формування індивідуальної стратегії супроводу, фахівець проводить серію пренатальних зустрічей (мінімум два заняття). У межах цього функціонального компоненту здійснюється:

– *Психодіагностика,* яка спрямована на виявлення тривожно-фобічних станів вагітної жінки, оцінку психоемоційного ресурсу та можливих ризиків. За необхідності, проводиться диференційна діагностика з метою скерування до лікарів суміжних спеціальностей (психіатра/психотерапевта) при виявленні патологічної симптоматики.

– *Консалтинг та планування.* Включає в себе опрацювання індивідуальних запитів, демаркацію меж прийнятного (наприклад, щодо медикаментозного втручання), розробку алгоритмів саморегуляції та формування «індивідуального плану пологів». На цьому етапі психолог сприяє реалізації права жінки на свідомий вибір закладу охорони здоров'я та лікаря-гінеколога, що фіксується у медичній документації (Обмінній карті).

В. Комунікативна доступність. За 2–3 тижні до очікуваної дати пологів психолог переходить у режим оперативної комунікації з жінкою, забезпечуючи можливість консультування 24/7. Постійний доступ до професійної підтримки фахівця, який буде супроводжувати пологи, знижує рівень пренатальної тривоги та формує у жінки відчуття безпеки ще до початку пологової діяльності.

Етап ІІ. Інтранатальний супровід під час першого періоду пологів (активні перейми).

Цей етап охоплює перший період пологів й починається за наявності регулярних переймів (з інтервалом у 15 хвилин). Це найбільш тривалий і складний етап, що характеризується максимальною мобілізацією фізичних і психологічних ресурсів жінки. Діяльність психолога зміщується з телефонної підтримки до очної присутності у пологовій залі та спрямована на створення безпечного психологічного середовища шляхом підтримання психоемоційної стабільності жінки та її внутрішніх ресурсів, що максимально сприяє фізіологічному перебігу пологів. При цьому, ступінь втручання психолога у процес пологів детермінується потребами жінки. Інтранатальний супровід реалізується послідовно і включає такі функціональні компоненти:

А. Адаптація до умов стаціонару. На початковому етапі психолог виконує роль посередника між роділлею та медичним персоналом, сприяючи встановленню довірливої взаємодії. Первинна взаємодія у пологовій залі спрямована на формування рапорту з усіма учасниками процесу. Психолог забезпечує психологічну підтримку жінки (та її партнера, якщо він присутній), налаштовуючи їх на довірливу кому-

нікацію з акушерською бригадою, сприяючи зниженню «стаціонарного стресу», формуючи у жінки «довіру до тіла», віру у власні сили.

Б. Нейрофізіологічна підтримка спрямована на створення умов, що сприяють природній нейроендокринній регуляції пологів шляхом зниження психоемоційного напруження. Ключовим завданням фахівця є сприяння досягненню оптимального розслаблення жінки для зниження рівня кортизолу та адреналіну – гормонів, які можуть впливати на дію окситоцину.

Реалізація зазначених завдань здійснюється за допомогою таких психологічних інтервенцій:

– *Сенсорна організація простору,* тобто мінімізація подразників (освітлення, звуків), використання музикотерапії, ароматерапії, створення індивідуального комфортного середовища через знайомі жінці предмети (талісмани, свічки, речі близьких тощо).

– *Тілесно-орієнтована підтримка,* що здійснюється за згодою жінки та передбачає тактильний контакт (напр., тримання за долоню, погладжування попереку, «погойдування»), знеболюючий масаж, гідротерапію (за наявності умов), зміни положення тіла та підтримку індивідуального питного і рухового режиму жінки.

В. Регуляція психофізіологічного стану жінки. Фахівець застосовує підібрані з урахуванням індивідуальних особливостей сприймання інформації жінкою техніки:

– *Психоемоційна підтримка:* створення умов для психоемоційної стабілізації шляхом використання технік релаксації, візуалізації, дистанціювання, дихальних вправ.

– *Когнітивна переоцінка та підтримка:* пояснення медичних маніпуляцій доступною мовою, перенесення фокусу уваги з болісних відчуттів на контакт із дитиною та процес народження, використання позитивних підтримувальних вербальних формул («ти молодець», «довірся», «так повинно бути» тощо).

– *Методи саморегуляції при виникненні болю та напруження:* супровід дихальних практик, використання технік заземлення та трансових технік, зокрема при появі ознак панічної атаки або надмірного напруження.

– *Ресурсне відновлення між переймами:* підтримка стану глибокого розслаблення в інтервалах між переймами для відновлення сил і збереження ресурсу.

4. Комунікативно-інформаційна підтримка. Психолог забезпечує супровід роділлі під час медичних оглядів і процедур, сприяючи збереженню стану спокою та відчуття контролю над ситуацією. Взаємодія фахівця з медичним персоналом спрямована на забезпечення своєчасного інформування жінки, узгодженості комунікації та зниження стресового впливу медичних втручань, що сприяє ефективній взаємодії всіх учасників процесу.

Етап ІІІ. Інтранатальний супровід вигнання плода та послідовий період: другий та третій періоди пологів.

Етап ІІІ психологічного супроводу охоплює другий і третій періоди пологів й триває від 30-40 хв до 2-х годин. Це найбільш напружений період, що потребує ретельного спостереження медичного персоналу. Основним завданням психолога є підтримання ефективної взаємодії роділлі з акушерською бригадою, забезпечення її психоемоційної стабільності та сприяння безпечному завершенню пологів. У межах цього етапу робота психолога структурується за такими функціональними компонентами.

А. Комунікативно-координаційна підтримка. У другому періоді пологів жінка може перебувати у стані зміненої свідомості, що ускладнює сприйняття складних інструкцій. За таких умов психолог виступає фасилітатором комунікації між роділлею та акушерською бригадою, забезпечуючи:

– *структурований вербальний супровід* – використання коротких, спокійних і ритмічних вербальних інструкцій, лаконічних навіювальних формулювань, які легко сприймаються навіть за високого рівня психоемоційного напруження. Перевага надається позитивно сформульованим інструкціям;

– *синхронізацію взаємодії з акушерською бригадою* – сприяння вибору жінкою фізіологічно доцільного положення тіла, пояснення необхідності медичних маніпуляцій та узгодження взаємодії роділлі з лікарем і акушеркою;

– *невербальну підтримку* – використання невербальних способів взаємодії (тактильні сигнали, допомога у зміні положення тіла, корекція дихання через фізичний контакт) у разі зниження здатності жінки до когнітивного сприйняття інформації.

Б. Мобілізація та ресурсна підтримка. Для збереження ресурсу жінки під час потуг фахівець використовує наступні способи підтримки:

– *візуальна стимуляція* (за бажанням жінки) – використання дзеркала для візуалізації просування дитини, що може підвищувати мотивацію та концентрацію.

– *залучення жінки до безпосереднього контакту з дитиною* – за ознак виснаження (на етапі народження голівки) жінці пропонується доторкнутися до дитини, що може посилити її емоційну залученість, сприяти мобілізації внутрішніх ресурсів і підтримати завершення потуг.

– *підтримання фізичного комфорту жінки* – забезпечення достатнього питного режиму та охолодження (змочування обличчя, шиї) для зменшення фізичного дискомфорту й підтримання емоційної витривалості між потугами.

В. Інтеграція досвіду пологів та підтримка раннього взаємодії матері й дитини.

Основними завданнями цього функціонального компонента є створення умов для раннього контакту матері й дитини, сприяння окситоциновій відповіді, психологічна підготовка жінки до післяпологових процедур та емоційна інтеграція досвіду пологів.

– *Інформаційна підтримка* – пояснення жінці сутності й мети медичних втручань можливого активного ведення третього періоду пологів задля її усвідомленої участі в ухваленні рішень, мінімізації ризиків та профілактики післяпологової кровотечі.

– *Підтримка ранньої взаємодії матері та дитини* – допомога жінці у зосередженні уваги на новонародженому, сприяння ранньому емоційному контакту та реалізації практики «шкіра до шкіри» відповідно до клінічної ситуації.

– *Психологічна допомога під час післяпологових процедур* – підготовка жінки до можливого огляду або епізіорафії, застосування технік емоційної підтримки, регуляції дихання та фокусування уваги на контакті з новонародженим.

Етап IV. Ранній післяпологовий період (перші дві години після пологів)

Метою цього етапу є психоемоційна підтримка жінки, інтеграція досвіду пологів та підтримка ранньої взаємодії матері й дитини. У цей період відбувається поступовий перехід від високої психофізіологічної напруги, характерної для пологів, до усвідомлення жінкою нового статусу матері. Психологічний супровід на даному етапі реалізується через такі функціональні компоненти.

А. Рефлексія та інтеграція досвіду пологів. Сприяння осмисленню жінкою пережитого досвіду, підтримка позитивного сприйняття власної участі у пологах та інтеграції цього досвіду у структуру особистісних уявлень. Стабілізація психоемоційного стану після надважкого фізичного навантаження, первинна профілактика післяпологової депресії (бебі-блюзу). Особлива увага приділяється зниженню ризику формування почуття провини або невдачі у випадках відхилення від попереднього плану пологів (наприклад, необхідності медикаментозного знеболення чи оперативного втручання). Фахівець підкріплює відчуття компетентності й успішності жінки, акцентуючи увагу на її ресурсах та зусиллях («ти зробила все можливе», «твої пологи – це твій унікальний успіх»).

Б. Інформаційно-психологічна адаптація. Психолог відповідає на актуальні запитання жінки щодо її стану та стану здоров'я новонародженого, допомагає інтерпретувати природні адаптаційні реакції дитини («мову тіла» – плач, особливості поведінки, перші прояви активності), що сприяє зниженню тривожності, формуванню впевненості та довіри до власних материнських можливостей.

В. Підтримка фізичного та емоційного відновлення. У взаємодії з медичним персоналом сприяння забезпеченню фізичного комфорту породіллі, допомога у задоволення першочергових потреб, підтримка атмосфери психологічної безпеки. Психолог залишається поруч із жінкою та новонародженим до моменту переведення їх до післяпологової палати, забезпечуючи безперервність психологічного супроводу.

Г. Підтримка становлення материнської ролі. Сприяння першому прикладанню дитини до грудей (за бажанням жінки), що дає гормональний відгук насолоди материнством, підтримка формування первинної діади «мати – дитина», підкріплення позитивного сприйняття нового материнського досвіду. Фахівець завершує супровід словами вдячності за довіру та налаштовує на майбутнє безперервне спілкування з дитиною, акцентуючи увагу на внутрішніх ресурсах жінки й готовності до нового етапу життя.

Варто підкреслити, що перші дві години після пологів є важливим періодом психологічної адаптації жінки до нового досвіду. У цей час відбувається первинне осмислення пережитих подій, формується емоційне ставлення до власного досвіду пологів та закладаються передумови подальшої адаптації до материнської ролі. Безперервна присутність психолога сприяє закріпленню позитивного сприйняття пологів, зниженню ризику формування дезадаптивних переживань і підтримці психологічного благополуччя жінки.

Особливості психологічного супроводу в ургентних клінічних ситуаціях.

Під час пологів можуть виникати ургентні клінічні ситуації, що потребують невідкладного медичного втручання та отримання інформованої згоди пацієнтки (наприклад, терміновий кесарів розтин, епізіотомія, вакуум-екстракція плода, проведення реанімаційних заходів). У таких випадках психологічний супровід адаптується до клінічної ситуації, а пріоритетом діяльності психолога стає підтримка психоемоційної стабільності породіллі та її конструктивної взаємодії з акушерською бригадою.

Основними завданнями психолога у таких ситуаціях є:

– *Психологічна медіація в умовах критичного стресу.* Допомога жінці у сприйняти та усвідомленні пояснень лікаря щодо необхідності невідкладного медичного втручання. При цьому психолог не підміняє собою медичного працівника та не втручається у процес прийняття клінічних рішень.

– *Підтримка процесу прийняття рішення та отримання інформованої згоди.* Психолог залишається поруч під час пояснення лікарем суті, ризиків і переваг запропонованого втручання, допомагаючи жінці знизити рівень тривоги, зосередитися на отриманій інформації та зберегти можливість усвідомленого вибору.

– *Синхронізація власних дій із роботою акушерської бригади.* У критичних ситуаціях психолог обмежує власні втручання до необхідного рівня, забезпечуючи емоційну та невербальну підтримку (фізичний контакт за згодою жінки, нагадування про дихання, підтримання відчуття присутності), не перешкоджаючи виконанню невідкладних медичних заходів.

Таким чином, в ургентних клінічних ситуаціях психолог не бере участі у прийнятті медичних рішень, а створює психологічні умови для ефективної взаємодії жінки з акушерською бригадою та збереження її суб'єктності навіть за умов високого рівня стресу.

Отже, авторська модель психологічного супроводу жінок під час пологів ґрунтується на ресурсоцентрованому підході та передбачає інтеграцію діяльності психолога в систему акушерської допомоги шляхом узгодження психологічних інтервенцій із медичними етапами ведення пологів. Її реалізація спрямована на підтримку психологічного благопо-

луччя жінки, актуалізацію її внутрішніх ресурсів і забезпечення ефективної взаємодії з мультидисциплінарною акушерською командою.

Результати апробації авторської моделі ресурсоцентрованого психологічного супроводу жінок під час пологів.

З метою емпіричної оцінки запропонованої моделі психологічного супроводу та особливостей її практичної реалізації проведено анкетування 40 жінок віком від 26 до 48 років, які отримували психологічний супровід під час пологів відповідно до авторської моделі. Анкета містила 17 питань щодо задоволеності різними аспектами супроводу, сприйняття його ефективності та загальної оцінки отриманого досвіду. Додатково було отримано зворотний зв'язок від працівників акушерсько-гінекологічної бригади щодо особливостей практичної реалізації моделі.

Результати анкетування засвідчили високу оцінку респондентками всіх аспектів психологічного супроводу (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка респондентками різних аспектів психологічного супроводу пологів

№	Показник	M±SD
1	Емоційна підтримка	9,88±0,93
2	Корисність інформації	9,82±0,85
3	Психологічна безпека	9,88±0,81
4	Зниження тривоги та страху	9,50±0,93
5	Впевненість у власних силах	9,48±0,85
6	Внутрішня зібраність	9,60±0,81
7	Ефективність немедикаментозних методів знеболювання	8,48±1,66
8	Комунікація з медперсоналом	9,60±0,87
9	Вчасність і доречність допомоги	9,90±0,30
10	Корисність підготовки до пологів	9,45±1,08
11	Повага до індивідуальних потреб	10,00±0,0
12	Задоволеність психологічним супроводом	10,00±0,0
13	Задоволеність пологами	9,10±1,79

Найвищі оцінки отримали показники «повага психолога до індивідуальних потреб жінки» та «задоволеність психологічним супроводом у цілому» (10,00±0,00). Усі інші показники також перевищували 9 балів, тобто були високими. Найбільшу варіативність оцінок зафіксовано щодо задоволеності пологами (9,10±1,79) та ефективності немедикаментозних методів знеболювання (8,48±1,66). Це можна пояснити тим, що досліджувані аспекти залежать не лише від якості психологічного супроводу, а й від перебігу пологів, медичних втручань, фізичного стану жінки, індивідуальної чутливості до болю та інших чинників. Водночас показники якості психологічного супроводу отримали найвищі оцінки та відзначалися мінімальною варіативністю.

Якісний аналіз відповідей на відкрите запитання «Що з дій психолога допомогло Вам найбільшою мірою?» засвідчив, що найціннішими для респонденток були професійна присутність психолога та її емоційна підтримка. Жінки зазначали, що відчували «захищеність, спокій та впевненість», могли «довіритися психологу» та не витрачати сили на постійний контроль ситуації. Важливими складовими підтримки вони називали представлення їхніх інтересів у взаємодії з медичним персоналом, пояснення дій лікарів, відчуття зменшення тривоги, спокійний і впевнений голос психолога, своєчасні слова підтримки та допомога під час потуг. Серед немедикаментозних методів полегшення больових відчуттів респондентки найчастіше згадували масаж (особливо поперекової ділянки), дихальні техніки, зміну положення тіла та тактильний контакт. Наголошувалося на позитивному впливі допологової підготовки, зокрема отриманні знань про перебіг пологів та опрацювання страхів, що сприяло зниженню рівня тривоги та формуванню більшої впевненості ще до початку пологової діяльності.

Аналіз відповідей на запитання «Чи було щось, чого Вам не вистачило або здалося зайвим?» засвідчив, що більшість респонденток (близько 85%) повідомили про достатність психологічної підтримки та відсутність потреби у її доповненні. Власний досвід вони описували як «ідеальний», «казковий», підкреслюючи своєчасність психологічної допомоги, яка, за їхніми словами, нерідко надавалася «на випередження». Лише в поодиноких випадках учасниці висловлювали побажання застосування окремих немедикаментозних методів полегшення больових відчуттів, насамперед знеболювального масажу поперекової ділянки. Окремі зауваження стосувалися обставин, не пов'язаних з діяльністю психолога, зокрема необхідності проведення термінового кесаревого розтину.

Більшість жінок, які мали досвід присутності під час пологів партнера або доули разом із психологом, відзначали відмінність між емоційною підтримкою, яку надавали близькі люди, та професійним психологічним супроводом. За словами респонденток, партнери часто відчували розгубленість, емоційне напруження або невпевненість щодо власних дій і нерідко самі потребували підтримки, тоді як психолог чітко орієнтувалася у перебігу пологів, своєчасно розпізнавала потреби жінки та відповідно до них добирала способи психологічної допомоги. Жінки підкреслювали, що професійна діяльність психолога передбачала своєчасне застосування психологічних технік та уважне реагування на зміни їхнього фізичного й емоційного стану, що сприяло відчуттю спокою та зосередженості на процесі пологів. На думку респонденток, професійна психологічна допомога зменшувала «зайвий шум» і створювала простір, у якому вони відчували себе «почутими» та «в безпеці», особливо під час перших пологів.

Результати дослідження свідчать, що найбільшу цінність для жінок мала не окрема психологічна інтервенція чи застосування певних технік, а безперервна професійна присутність психолога протягом усього процесу пологів. Саме постійна доступність фахівця, емоційна підтримка, своєчасне інформу-

вання та сприяння комунікації з медичним персоналом формували відчуття захищеності, безпеки й довіри, які найчастіше простежувалися у відповідях респонденток на відкриті запитання. Ці дані дають підстави розглядати безперервний психологічний супровід не лише як сукупність окремих психологічних технік, а як цілісну модель професійної підтримки жінки під час пологів.

На запитання щодо готовності рекомендувати запропоновану модель психологічного супроводу іншим жінкам 95% респонденток відповіли «так, обов'язково», ще 5% – «ймовірно, так». Тобто, усі учасниці анкетування висловили готовність рекомендувати запропоновану модель психологічного супроводу, що свідчить про високий рівень її прийнятності, довіри до психологічного супроводу та позитивну оцінку отриманого досвіду.

Практична значущість запропонованої моделі підтверджується й позитивним її сприйняттям членами акушерської команди. Фахівці підкреслювали, що завдяки психологу покращилася якість взаємодії з роділлею, знизився рівень її стресу та напруження. Медичний персонал також відзначав своєчасне відстежування психологом потреб жінки**,** допомогу у виконанні нею медичних рекомендацій, безперервний контроль ситуації під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді, що сприяло більш організованій взаємодії з жінкою та узгодженості дій фахівців.

Загалом результати апробації, отримані на основі оцінок жінок та зворотного зв'язку від представників акушерської команди, свідчать про практичну цінність, високу прийнятність і перспективність упровадження авторської моделі психологічного супроводу жінок під час пологів.

Отже, у статті представлено авторську модель психологічного супроводу пологів, яка структурує діяльність психолога відповідно до акушерських періодів пологів та інтегрує ресурсоцентрований підхід у систему акушерської допомоги. Принциповою особливістю моделі є синхронізація професійної діяльності психолога з медичними етапами ведення пологів та його включення до складу мультидисциплінарної акушерської команди. За таких умов психолог виступає не лише стороннім спостерігачем чи «групою підтримки (партнером)», а активним учасником надання допомоги, який координує психологічний супровід відповідно до перебігу пологів, синхронізує свої професійні дії з медичними втручаннями та використовує психологічні техніки як інструмент, що сприяє підвищенню ефективності акушерської допомоги. Результати апробації свідчать, що запропонований підхід сприяє формуванню у жінок відчуття безпеки, довіри й психологічної захищеності, а також оптимізації взаємодії з акушерською бригадою.

Висновки. У статті представлено авторську модель психологічного супроводу пологів, яка передбачає функціональне включення психолога до складу мультидисциплінарної акушерської команди та синхронізацію психологічних інтервенцій з медичними етапами ведення пологів. Запропонована модель адаптує ресурсоцентрований підхід до умов акушерської допомоги та визначає психологічний супровід як складову узгодженої діяльності фахівців під час пологів.

Результати апробації моделі засвідчили її практичну цінність, високу прийнятність для жінок та позитивне сприйняття членами акушерської команди. За результатами анкетування встановлено, що психологічний супровід сприяв формуванню у жінок відчуття безпеки, довіри, психологічної захищеності та задоволеності отриманою допомогою, а професійна присутність психолога полегшувала комунікацію між жінкою та акушерською бригадою.

Запропонована модель може бути використана як організаційно-методична основа для впровадження професійного психологічного супроводу жінок під час пологів у діяльність мультидисциплінарних акушерських команд закладів охорони здоров'я України.

Перспективи подальших досліджень. Перспективними напрямами подальших досліджень є вивчення ефективності запропонованої моделі із застосуванням лонгітюдного дизайну, розширення її апробації в закладах акушерської допомоги України та інтеграція моделі в цілісну систему психологічного супроводу жінок упродовж вагітності та пологів. Окремим вектором вбачається диференціація та адаптація розробленої моделі під специфічні запити жінок із ускладненим репродуктивним анамнезом та особливими умовами проходження вагітності. Перспективним напрямом подальшого вдосконалення системи перинатальної допомоги є нормативне визначення ролі психолога та механізмів його інтеграції до складу мультидисциплінарної акушерської команди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*. 2017. №5(121). С. 32–34. DOI: 10.15574/HW.2017.121.32

2. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

3. Баришнікова В. В. Використання засобів віртуальної реальності для релаксації вагітних та породіль: результати пілотажного дослідження. *Insight: the Psychological Dimensions of Society*. 2022. № 8. С. 89–109. DOI: 10.32999/2663-970X/2022-8-7

4. Вінс В. А. Психологічна підготовка жінок до вагітності як соціально значущий фактор. *Науковий* вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. Вип. 3. С. 36–39. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2023.3.6

5. Губа Н. О., Мосол Н. О., Сюсюка В. Г. Перинатальний психологічний супровід. *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості : колективна монографія* / відпов. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 153–171.

6. Остафійчук С. О., Геник Н. І., Дрогомирецька Н. В. Партнерські пологи як профілактика акушерських та перинатальних ускладнень. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* 2014. № 1. С. 150–152.

7. Пелех І. Особливості психологічної роботи з вагітними жінками. Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2024. № 5(39). С. 830–839. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-5(39)-830-83

8. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо заходів охорони психічного здоров'я матері і дитини у перинатальному та постнатальному періоді : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2025 № 1234. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MOZ37100 (дата звернення: 00.08.2026).

9. Сюсюка В. Г., Волошина І. М. Психологічна та фізична підготовка сім'ї до пологів: історичний аспект і сучасні тенденції. *Здоров'я жінки*. 2020. № 4. С. 7–13.

10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» : затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2022 № 170. URL: https://www.dec.gov.ua/mtd/fiziologichni-pology (дата звернення: 08.08.2026).

11. Bohren M. A., Hofmeyr G. J., Sakala C., Fukuzawa R. K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. № 7. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6

12. Garnier S., De Tychey C., Lighezzolo J., Claudon P., Rebourg-Roesler C., Flach I. Perinatal depression, prevention strategies, personality, and the importance of therapy acceptance. Rorschachiana. 2008. Т. 29, № 2. С. 108–147. DOI: 10.1027/1192-5604.29.2.108

13. Raphael-Leff J. Mothers' and fathers' orientations: patterns of pregnancy, parenting and the bonding process. Parenthood and Mental Health: A Bridge Between Infant and Adult Psychiatry / eds. S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, J. Cox. Chichester : Wiley-Blackwell, 2010. P. 9–22. DOI: 10.1002/9780470660683.ch1

14. Slade P., Molyneux R., Watt A. A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. Journal of Affective Disorders. 2021. Vol. 281. P. 678–694. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.092

15. Wijma K., Wijma B., Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1998. Vol. 19, No. 2. P. 84–97. DOI: 10.3109/01674829809048501

16. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services : publication / World Health Organization. Geneva : World Health Organization, 2022. 66 p. ISBN 978-92-4-005714-2. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142 (дата звернення: 08.08.2026).

Дата першого надходження статті до видання: 10.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 15.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 17.11.2026